

ESTADO DE MONTANA
Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos
División de Servicios Humanos y Comunitarios

DECLARACIÓN DE EXENCIÓN DE VACUNACIÓN DEL LCP/LCI

Yo, _____ he decidido que no se vacune a mi hijo por el siguiente motivo:

- El menor está a cargo de un familiar aprobado (abuelos, bisabuelos, tía o tío).
- Cuidan al menor en su propio hogar.
- El menor tiene una afección para la que está contraindicada la vacunación.

Firma del padre/tutor legal _____ Fecha _____

ESTADO DE MONTANA
Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos
División de Servicios Humanos y Comunitarios

DECLARACIÓN DE EXENCIÓN DE VACUNACIÓN DEL LCP/LCI

Yo, _____ he decidido que no se vacune a mi hijo por el siguiente motivo:

- El menor está a cargo de un familiar aprobado (abuelos, bisabuelos, tía o tío).
- Cuidan al menor en su propio hogar.
- El menor tiene una afección para la que está contraindicada la vacunación.

Firma del padre/tutor legal _____ Fecha _____